



Número: **0037361-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
UERIVAN FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (REU)			
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69188656	07/10/2020 15:32	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200261286

Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15968506

Pag. 0107/01070 - carta_01 - INVALIDEZ

00030639





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200261286

Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006043-7

Conta: 0000012841-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do documento:

440.294.244-30

Nome completo da vítima

Veniam Ferreira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo

Desempregado

R. do Matadouro

Centro

Rio Formoso

rimatmalthura@outlook.com

440.294.244-30

01

55530-000

(11) 99543-4554

Declaro, sob pena de falsidade criminal, estar devidamente e corretamente informado(a) sobre a cobertura do seguro. (ANEXAR CÓPIA)

RECEITA MENSAL



Até R\$ 1.000,00



De R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00



De R\$ 2.000,00 até R\$ 3.000,00



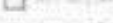
De R\$ 3.000,00 até R\$ 4.000,00



Acima de R\$ 4.000,00



Até R\$ 1.000,00



De R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00



De R\$ 2.000,00 até R\$ 3.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA



CONTA POUANÇA



Banco do Brasil (BB)



Banco do Nordeste (BNB)



CONTA CORRENTE



Banco do Brasil (BB)



Banco do Nordeste (BNB)

AGÊNCIA

0000

CORRIDA

0000

AGÊNCIA

6043

CONTA

12841

4

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob pena de falsidade criminal,

(assinale uma das opções)



Sim

Declaro que não sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

Declaro que sou portador de doença ou lesão que possa gerar incapacidade permanente para o trabalho.



Não

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, sob pena de falsidade criminal,

(assinale uma das opções)



Sim

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que não sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.



Não

Declaro que sou o único beneficiário do seguro.

Não

Local e data:

Recife, 22/07/2020.

Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

(*) Assinatura de quem assina A VÍTIMA

Assinatura do segurado ou beneficiário (se for o caso)

Assinatura do representante legal (se for o caso)

Assinatura do intermediário (se for o caso)

Assinatura do corretor (se for o caso)

Assinatura do agente (se for o caso)

Assinatura do representante legal (se for o caso)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC
DINTER/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0163000114**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2020** às **10:40**

Complementa o BO Número: **19E0163000766**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/5/2018** às **19:20**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA LESIONAD**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, PE-60, ENGENHO AGUA FRIA, ZONA RURAL DE SIRINHAÉM-PE - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
MARCIA REJANE BEZERRA RODRIGUES (OUTRO)
AMAURI JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)
TANIA FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)
JOELMA CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)
UERIVAN FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **AMAURI JOSÉ DA SILVA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

AMAURI JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **AMARA DO CARMO SILVA** Pai: **ABERLARDO MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **20/1/1955** Naturalidade: **SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1367797/SPP/PE (RG), 08389497468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, ENGENHO AGUA FRIA, S/Nº, ZONA RURAL DE SIRINHA-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

TANIA FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOELMA CARLOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA** Pai: **JOSUE CARLOS DA SILVA** Data de Nascimento: **19/12/1970** Naturalidade: **RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4083313/SPP/PE (RG), 76680371449 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Profissão: **TECNICO DE ENFERMAGEM**

Digitalizado com CamScanner



Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 1, PRAÇA DIÁRIO DE PERNAMBUCO, Nº 53, CENTRO, RIO FORMOSO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIO FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL

UERIVAN FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA Pai: ISAC JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 4/8/1988 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10441399/SDS/PE (RG), 14029424430 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL Telefones Celulares: - 81988677999

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 1, RUA DO MADOURO, Nº 14, CENTRO, RIO FORMOSO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIO FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL

MARCIA REJANE BEZERRA RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: EDNA CASSIANO DA SILVA Pai: WILSON MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 16/2/1993 Naturalidade: PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RUA FRANCISCO PESSOA DE QUEIROZ, BAIRRO NOVO, CARPINA-PE - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO SIENA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIA REJANE BEZERRA RODRIGUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMAURI JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/SIENA Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **KKV4862** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 919988130 Chassi: 9BD17201A73320682
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2007 Combustível: ALCO/GASOL

CAMINHÃO VW (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA** que estava em posse do(a) Sr(a): **WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: CAMINHÃO/VW/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)



Complemento / Observação

CONFORME O B.O DO BPRV DE Nº K-093/2018, FORAM SOLICITADOS POR POPULARES DIZENDO QUA HAVIA TIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO ENVOLVENDO DOIS VEÍCULOS NA PE-60, NO ENGENHO AGUA FRIA, ZONA RURAL DE SIRINHAÉM-PE, FORAM AO LOCAL E CONSTATARAM A VERACIDADE DO ACONTECIDO, TRATAVA-SE DE UMA COLISÃO ENTRE UM CAMINHÃO VW, DE PLACA NÃO ANOTADA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA QUE FOI EMBORA DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO E UM AUTOMÓVEL SIENA ACIMA MENCIONADO SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE AUMARI JOSÉ DA SILVA E MAIS TRÊS PASSAGEIROS QUE TAMBÉM FICARAM LESIONADAS, SENDO TANIA FERREIRA DA SILVA E AMAURI JOSÉ DA SILVA FORAM SOCORRIDO AO HOSPITAL LOCAL E JOELMA CARLOS DA SILVA E UERIVAN FERREIRA DA SILVA, FORAM SOCORRIDAS PARA O HOSPITAL DOM HELDER NA CIDADE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO DEVIDO AS GRAVIDADES DOS FERIMENTOS. PELO EXPOSTO PEDE-SE PROVIDENCIAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

AMAURI JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)

Digitalizado com CamScanner



B.O. registrado por: *Jefferson Leandro dos Santos*
JEFFERSON LEANDRO DOS SANTOS Matrícula: **152087-3**



Digitalizado com CamScanner



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06043-7

CONTA: 000000012841-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0308202005000000000023706043000000012841168750 PAGO





© 2000 Blackwell Science Ltd
Journal of Internal Medicine 247: 399–406

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 399–405

7025325626	09/2019
3509/2019	24/10/2019
	215.30

	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
2. <i>Curculionids</i>	10	10	10
3. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
4. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
5. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
6. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
7. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
8. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
9. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
10. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
11. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
12. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
13. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
14. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
15. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
16. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
17. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
18. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
19. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
20. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
21. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
22. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
23. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
24. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
25. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
26. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
27. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
28. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
29. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
30. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
31. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
32. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
33. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
34. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
35. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
36. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
37. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
38. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
39. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
40. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
41. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
42. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
43. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
44. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
45. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
46. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
47. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
48. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
49. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
50. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
51. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
52. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
53. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
54. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
55. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
56. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
57. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
58. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
59. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
60. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
61. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
62. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
63. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
64. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
65. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
66. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
67. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
68. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
69. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
70. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
71. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
72. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
73. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
74. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
75. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
76. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
77. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
78. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
79. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
80. <i>Chrysomelids</i>	10	10	10
81. <i>Chrysomelids</i>	10	1	

Income statement	21/03/2010	21/03/2010	2010
Accounting Period: 2010-01-01			100%
Control: Full Management			100%
Global Average: 100% of Standard Deviation			1.00

TOTAL DISBURSALS				\$105.96
------------------	--	--	--	----------

[illegible]

Figure 1. Comparison of the results of the two studies. The figure consists of two parts. The top part is a bar chart showing the number of subjects in each group for the two studies. The bottom part is a table showing the results of the two studies.

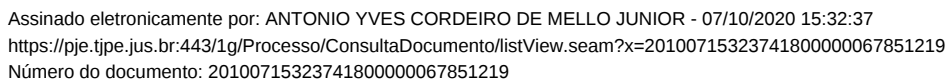
Study	Group	n	Mean (SD)	Median (IQR)	Range
Study 1	Control	10	1.0 (0.5)	1.0 (0.5-1.5)	0.5-2.0
	Intervention	10	1.5 (0.5)	1.5 (1.0-2.0)	1.0-2.0
	Total	20	1.2 (0.5)	1.2 (0.5-1.5)	0.5-2.0
	Comparison	20	0.5 (0.5)	0.5 (0.0-1.0)	0.0-2.0
Study 2	Control	10	1.0 (0.5)	1.0 (0.5-1.5)	0.5-2.0
	Intervention	10	1.5 (0.5)	1.5 (1.0-2.0)	1.0-2.0
	Total	20	1.2 (0.5)	1.2 (0.5-1.5)	0.5-2.0
	Comparison	20	0.5 (0.5)	0.5 (0.0-1.0)	0.0-2.0

DISCLAIMER: The information in this article is for informational purposes only. It is not intended to be used as a substitute for professional medical advice, diagnosis, or treatment. Always seek the advice of your physician or other qualified health provider with any questions you may have regarding a medical condition. Never disregard professional medical advice or delay in seeking it because of something you have read in this article. If you are experiencing a medical emergency, please call 911 or go to the nearest hospital.

[illegible]

ISSN 0005-2718	ISSN 0005-2718	ISSN 0005-2718	ISSN 0005-2718	ISSN 0005-2718
0005-2718	0005-2718	0005-2718	0005-2718	0005-2718

83820300002 9 1530001 1007 5 02532560610-8 14270208423-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004, SS, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Uenivan Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 140.294.244, 30, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Uenivan Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 140.294.244, 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Demétrio Viana de Melo</u>		Número <u>1551</u>	Complemento <u>Alcova - térreo</u>
Bairro <u>Piedade</u>	Cidade <u>Salvador dos Guararapes</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>54410-010</u>
Email <u>renatomalheiro@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99543-4554</u>

Recife, 22 de julho de 2020
Local e data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





**SAMU
192**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA –
SAMU 192

BASE DESCENTRALIZADA SIRINHAÉM
RUA MARQUES DE QUEIROZ, S/N – CENTRO
SIRINHAÉM – PE CEP 55580-000
CNPJ 10.252.209/0001-20

Sirinhaém, 28 de junho de 2019

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o senhor ueivan ferreira da silva, foi socorrido por esta Unidade Básica sob QTCS Nº 480368, vítima de acidente de trânsito (COLISÃO CARRO/CAMINHÃO) em 22 de MAIO de 2018 às 19:06 horas sendo removida para a Unidade local, HOSPITAL MUNICIPAL OLIMPIO MACHADO GOUVEIA.

Atenciosamente,


Rinalva O. Lima Silva
CPF: 457783-ENG

Rinalva Oliveira Lima Silva

Coordenadora do SAMU

Digitalizado com CamScanner



FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIA

DATA 22/05/18 CARTÃO SUS
HORA DE ENTRADA 13h40 HORA DE SAÍDA _____ REGISTRO _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Tamara Floriana da Silva
ENDEREÇO Rua do Mateus
DATA DE NASCIMENTO 1/1/1998 CIDADE Itaíba UF PE
FILIAÇÃO: PAI _____ IDADE 15 Anos SEXO: ☐ M ☐ F
MÃE Marta Cristina Floriana da Silva
RESPONSÁVEL _____

TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL

Queixa relacionada ao acidente de trânsito

PA: _____ PESO: _____ FC: _____
T: _____ HGT: _____ FR: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Adm. 868 / 10/10/18
SI 8,20 / 10/10/18
EXAME FÍSICO em 24h de internação
FEV 1 1,20 / 10/10/18
EXAMES SOLICITADOS para o 2º e 3º dias.

H.D. 02/10/18 + 10/10/18

CONSULTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

SI 8,20 / 10/10/18
FEV 1,20 / 10/10/18



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO / OBSERVAÇÃO

MEDICAMENTOS - MATERIAIS UTILIZADOS

DESTINO DO PACIENTE: INTERNADO () ÓBITO () ALTA ☒ HORARIO: 06:50

TRANSFERIDO PARA:

ASS. MEDICINA

ASS. ENFERMEIRO (A)

ASS. TEC. DE ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO

DATA

PAIENTE (S)

E. DE IDENTIDADE (P)

Digitalizado com CamScanner



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: UERVAN FERREIRA DA SILVA

REGISTRO: 105580

IDADE: 19

DATA ADMISSÃO: 22/05/2018

DATA ALTA: 23/05/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE RADIO DISTAL-E

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

FIXAÇÃO COM FIO-K

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ RETORNO

2) FAZER MOVIMENTOS DE FLEXÃO – EXTENSÃO DOS DEDOS MÃO

3) CURATIVOS DIÁRIO

4) RETORNO AO AMBULATORIO COM 15 DIAS

5) USAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS

CURATIVO DIÁRIO

OBS: SE PACIENTE EVOLUIR COM CEFALÉIA, VÔMITOS, DESORIENTAÇÃO OU PERDA NÍVEL CONCIÊNCIA, DEVERAR PROCURAR UM SERVIÇO DE URGÊNCIA.

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Não () DATA:

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA COM 15 DIAS

*Verificação de Cópia
Ortopedia
23/05/2018*

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES/PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

Digitalizado com CamScanner



FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Local: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: SURAMARMS

Paciente: 105580 UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Consultório: SIA/SUS - AMBUL/URGEN/EMERG

Tipo de Agendamento: CONSULTA EGRESSO

Data da Agenda: 29/08/2018

07:00

Chegar até 09:00

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H

APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINADO

PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 436884

Data e Hora do Atendimento: 22/05/2018 22:00

Usuário do Atendimento: EDJANE PB

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Nome do Paciente: EDVAN FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 105580

Nome da Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 22/05/1999

Idade: 19 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: SIRINHAEM

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA DO MATADOURO

CENTRO

Cidade: SIRINHAEM

PE

CEP: 55580970

Fone: 31830000

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SIRINHAEM

Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-3 B

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 22/05/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: 23/05/2018

Hora: _____

Médico e C.R.M. _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G. _____





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Endereço: 436975
Data e Hora: 22/05/2018 21:36

Senha da Classificação:

0044

Paciente: 105580 EDVAN FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 22/05/1999 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: RUA DO MATADOURO -- Bairro: CENTRO
Cidade/UF: SIRINHAEM PE Usuário Atendimento: EDJANEPS
RG (Identidade): Data de Emissão: HDM - Hospital Dom Helder Camara
PF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 31830000 Evângela C. Dias da Souza
Cartão SUS: Data de Emissão CRN: 7 A MAR 2018

End: 436984)

RESUMO DE TRATAMENTO

Idade: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico ocorrido em 22/05/2018, às 18h30, no km 10 da BR-101, sentido São Paulo, município de Sirinhaem, PE. Apresenta dor no tórax e abdômen.

Exame Físico

Exame físico dentro da normalidade. Ausculta pulmonar normal. Não há sinais de trauma. Não há sinais de desidratação.

Diagnóstico

1. Trauma torácico e abdominal por acidente automobilístico.

Conduta Terapêutica

1. Analgésicos e antieméticos.

Prescrição Médica

TC CRÂNIO E COLUNA CERVICAL
Rx Tórax + Abdômen + Pelvis

Carimbo/Médico

Assinatura de Iacieli Soares de Oliveira
CRM: 17726

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Digitalizado com CamScanner



22/05/18

paciente com SIDA
estável e medicado

22:00

AN: 50

paciente egresso

*te crânio / hemisfério
SUBCUTÂNEO, NA EVIDÊNCIA
CÉLULA INTRACRANIANA

de ao traumático


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM-PE 10.295

22/05/18 18:00 / 18:00 / 18:00
M.E. / P.M.



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 438384

Data e Hora do Atendimento: 22/05/2018 22:00

Usuário do Atendimento: EDJANEPS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JERIVAN FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 105580

Nome da Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DE ARAUJO

Nome do Pai: ISAC JOSE DA SILVA

Data do Nascimento: 04/08/1998

Idade: 19 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 10441399

SDS PE Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: SIRINHAEM

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA DO MATADOR

CENTRO

Cidade: RIO FORMOSO

PE

CEP: 55570000

Fone: 985313302

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SIRINHAEM

Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-3 B

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 22/05/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: 22/05/2018

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____



ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 105580
Paciente: UERIVAN FERREIRA DA SILVA
Data de Nascimento: 04/08/1998

Cadastro aberto com dados incorretos: Nome: EDVAN FERREIRA DA SILVA, Data de Nascimento: 22/05/1999, pelo usuário: EDJANE PEREIRA DE BARROS em 22/05/2018.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento de identidade nº 10441399 SDS PE foi procedida a referida alteração.

Cabo 06/06/2018

Rivania Brito

Coordenadora do Setor de Faturamento

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

Digitalizado com CamScanner



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/05/2018 21:31

Nome Paciente: EDVAN FERREIRA DA SILVA
Cód. Paciente: 105580
Data de Nascimento: 22/05/1999
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: 0044
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 436975
SAME:



Período: 22/05/2018 23:01 - 22/05/2018 23:02

ITHAINA SILVA DE SOUZA LIMA - COREN: 324750 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Leixa Principal: PCT VITIMA DE CAPOTAMENTO DEU ENTRADA PELA ÁREA VERMELHA

Observação: TRAZIDO PELO SAMU

Histograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(s) por: ITHAINA SILVA DE SOUZA LIMA - COREN: 324750 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/05/2018 23:04

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizado com CamScanner



Ficha de Cirurgia Descritiva

Unidade de Cirurgia: 35365	Sala: 0003	SALA 03
Paciente: 105580	EDVAN FERREIRA DA SILVA	Atendimento: 438584
Convênio Atend: 1	SUS - INTERNACAO	Carteira
Leito: 647	BL-3 B	Idade: 19 Anos
Di. Início:	Di. Fim: 23/05/2018 01:00	
Cid Pre-Operatório: T149	TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO	
Cid Pós-Operatório:		

Procedimentos

Procedimento: 0408020423	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO SINTESE) (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 74	BLOQ DE NERVOS DE MMSS

Equipe Médica

QUIRURGIAO	14508 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
------------	--------------------------------------

Descrição

Descrição Cirúrgica:

FRATURA DOS OSSOS ANTEBRACO EXPOSTA
PROGNOSTICO RUIM, ALTA GRAVIDADE CHANCE DE INFECÇÃO E PERDA DE ADM.

01. REDUÇÃO DE FRATURA ATRAVES DE LEVE DISTRAÇÃO-FLEXÃO
02. VIZUALIZAÇÃO SOB ESCOPIA
03. PASSAGEM FIO TRANS FRATURA 45° DE K 2.0 MM PELO ESTILOIDE RADIAL
04. PASSAGEM FIO TRANS FRATURA 60° DE K 1.5 MM ULNAR AO TUB. DE LISTER
05. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EM ANTEBRAÇO E DEDO
06. LIMPEZA COM SF 0.9%
07. VERIFICAÇÃO DE NEUROPRAXIA DE ULNAR E LESÃO PARCIAL DE FUC + BANDA TERMINAL EM DEDOCZZ
08. TENORRAFIA E NEUROLISE
09. SUTURA POR PLANOS
- * TALA AXILOPALMAR

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Tubo de polímero NSC
23.05.18 07.22h
Eduardo





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☒ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

Drogas Usadas

Quantidade

Propofol 200mg 50ml
Fentanyl 100mcg 20ml
Sufentanil 50mcg 10ml
Diluição 1:1000 20ml

Quantidade

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

20ml

Monitorização

- ☒ Cardíaco
- ☒ Oximétrico
- ☒ PNI
- ☒ Sonda Vesical
- ☒ Capnógrafo
- ☒ Estet. Pré-Cordial
- ☒ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Sonda-Gastral
- ☐ Analizador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervos
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volúmetria BP Plus

Encaminhado

- ☐ Acordado
- ☒ Sono Profundo
- ☐ Intubado
- ☒ Drenagem
- ☒ SRA
- ☐ Acetabul
- ☐ UTI
- ☐ Externa

Intervenção

☒ NÃO

☐ SIM

Descrição

Observações

Assinatura do Anestesiologista

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Data: _____ Hora: _____ Registro: _____
Convênio: _____ Leito: _____ Pa: _____ Atual: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: _____ Anestesiologista: _____
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: _____ Início: _____ Término: _____
Anestesia: _____ Início: _____ Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom () Regular () Grave
Nível de Consciência: () Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: () Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim () Não
Chegou no CC em uso de: _____

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue: () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Osímetro de Pulso () Monitor Cardíaco () PNI () Sonda CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Eletrocardiógrafo () Artoscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Peça _____
Cabo de Anestesia () Difusor () Intensificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº: _____
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protetor () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não () Puncão Venoso: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não () Sonda Gastrica: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOM () UTI () APH () Residência ()

Data: _____ Hora: _____ Enfermeiro: _____ Circulante: _____
Assinatura do Cirurgião: _____
Assinatura do Anestesiologista: _____
Assinatura do Instrumentador: _____

COD. 98607



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
BLOCO CIRÚRGICO

Nome: _____

Registro: _____

Leito: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Data: 22/05/18

Hora: _____

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros	
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores de ____/____ h ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☐ Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso ☐ Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____ h ☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica ☐ Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros	
4. Dor () cal: _____ () Leve () Moderada () Severa	☐ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico ☐ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☐ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidade da dor ☐ Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo de ____/____ h ☒ Realizar mudança de decúbito de ____/____ h ☒ Medir decúbito de dreno de ____/____ h ☒ Manter curativo oclusivo por ____ h ☐ Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ____/____ h ☐ Manter decúbito: _____ ☐ Realizar curativo compressivo ☐ Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente ☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: ☐ Outros	

Digitalizado com CamScanner



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ____ h. ☐ Avaliar e registrar umidade de mucosas ☐ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária ☐ Registrar turgor e elasticidade da pele ☐ Outros	
9. Êmese () Náusea ()	☐ Registrar aspecto e quantidade de episódios ☒ Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada ☒ Verificar posicionamento da SNG/SNE ☐ Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	☐ Aferir temperatura de ____ / ____ h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C ☐ Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica ☐ Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ☐ Outros	
11. Choque hipovolêmico ()	☐ Aferir sinais vitais a cada ____ / ____ h. ☐ Avaliar coloração e umidade da pele ☐ Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência. ☐ Outros	
12. Risco para infecção ()	☒ Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização ☐ Registrar e anotar sinais flogísticos Local: _____ ☐ Examinar F.O. e registrar alterações: () dor; () Calor; () rubor; () Edema ☐ Outros	
13.	☐ Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica

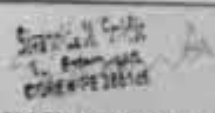
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

ENFERMEIRO(A) - D -	 ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	 TEC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	

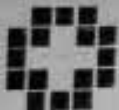
Digitalizado com CamScanner



PACIENTE:				DATA:																																																																																																																																																			
CIRURGIÃO:				RC:																																																																																																																																																			
ANESTESISTA:				AUXILIAR:																																																																																																																																																			
CIRURDIA:				ANESTESIA:																																																																																																																																																			
ESTRUMENTADOR:				COORDENAÇÃO DO BLOCO:																																																																																																																																																			
CIRCULANTE:				COREN:																																																																																																																																																			
ENFERMEIRA:				HORARIO INICIAL:																																																																																																																																																			
				HORARIO FINAL:																																																																																																																																																			
DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">AGULHAS</th> </tr> <tr> <td>13X4.5</td> <td>25X7</td> <td>25X8</td> <td>30X12</td> </tr> <tr> <td>CARDIOFLEGICA</td> <td>STIMULER</td> <td>RAQUI 24</td> <td>RAQUI 27</td> </tr> <tr> <th colspan="4">ATADURAS</th> </tr> <tr> <td>CREPE 10CM</td> <td>CREPE 15CM</td> <td>CREPE 20CM</td> <td>CREPE 30CM</td> </tr> <tr> <td>GESSADA 10CM</td> <td>GESSADA 15CM</td> <td>GESSADA 20CM</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">CANULAS</th> </tr> <tr> <td>RAQUEOST 7.0</td> <td>TRAQUEOST 7.5</td> <td>TRAQUEOST 8.0</td> <td>TRAQUEOST 8.5</td> </tr> <tr> <td>QUEOST 9.0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">CATERER</th> </tr> <tr> <td>NASAL</td> <td>CENTRAL PVC</td> <td>EPIDURAL 18</td> <td>SUBCLAVIA 18</td> </tr> <tr> <td>PERIDURAL 17</td> <td>JELCO 18</td> <td>JELCO 18</td> <td>JELCO 18</td> </tr> <tr> <td>JELCO 20</td> <td>JELCO 22</td> <td>JELCO 24</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">LIMPADORES</th> </tr> <tr> <td>CLIP 100</td> <td>CLIP 200</td> <td>CLIP 300</td> <td>CLIP 400</td> </tr> <tr> <th colspan="4">CURATIVOS</th> </tr> <tr> <td>ADAPTIC</td> <td>KERLIX</td> <td>FURION</td> <td>TELA WATLEY</td> </tr> <tr> <th colspan="4">EQUIPOS</th> </tr> <tr> <td>BOMBA</td> <td>BOMBA FCTO</td> <td>FRANQUE</td> <td>REDO MACAO</td> </tr> <tr> <th colspan="4">EXTENSORES</th> </tr> <tr> <td>20CM</td> <td>40CM</td> <td>60CM</td> <td>80CM</td> </tr> <tr> <th colspan="4">LAMINAS</th> </tr> <tr> <td>BISTURI 11</td> <td>BISTURI 12</td> <td>BISTURI 13</td> <td>BISTURI 20</td> </tr> <tr> <td>BISTURI 22</td> <td>BISTURI 24</td> <td>DERMATOMO 4</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">LUVAS</th> </tr> <tr> <td>LUVA 7.0</td> <td>LUVA 7.5</td> <td>LUVA 8.0</td> <td>LUVA 8.5</td> </tr> <tr> <th colspan="4">SERINGAS</th> </tr> <tr> <td>1ML</td> <td>3ML</td> <td>5ML</td> <td>10ML</td> </tr> <tr> <td>20ML</td> <td>50ML</td> <td>60ML CATER</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">AVENTAL CIRUR B5 COLOSTOMIA</td> </tr> <tr> <td colspan="4">COMPRESSAS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CAPA P VIDEO</td> </tr> <tr> <td>COLET ABERTO</td> <td>COLET FECHADO</td> <td>CONEXAO 2VIAS</td> <td>CONEXAO 4VIAS</td> </tr> <tr> <td>ELETRODOS</td> <td>FILTRO LINDIF</td> <td>GAFES</td> <td>GELFOAM</td> </tr> <tr> <td>KIT CIRURGICO</td> <td>LATEX</td> <td>FORNEX 2 VIAS</td> <td>PRESERY URINA</td> </tr> <tr> <td>SCALP 21</td> <td>SCALP 23</td> <td>TRANSFOL</td> <td>TRANS PRESSAO</td> </tr> </table>								AGULHAS				13X4.5	25X7	25X8	30X12	CARDIOFLEGICA	STIMULER	RAQUI 24	RAQUI 27	ATADURAS				CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		CANULAS				RAQUEOST 7.0	TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 8.0	TRAQUEOST 8.5	QUEOST 9.0				CATERER				NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBCLAVIA 18	PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		LIMPADORES				CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	CURATIVOS				ADAPTIC	KERLIX	FURION	TELA WATLEY	EQUIPOS				BOMBA	BOMBA FCTO	FRANQUE	REDO MACAO	EXTENSORES				20CM	40CM	60CM	80CM	LAMINAS				BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 13	BISTURI 20	BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 4		LUVAS				LUVA 7.0	LUVA 7.5	LUVA 8.0	LUVA 8.5	SERINGAS				1ML	3ML	5ML	10ML	20ML	50ML	60ML CATER		AVENTAL CIRUR B5 COLOSTOMIA				COMPRESSAS				CAPA P VIDEO				COLET ABERTO	COLET FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS	ELETRODOS	FILTRO LINDIF	GAFES	GELFOAM	KIT CIRURGICO	LATEX	FORNEX 2 VIAS	PRESERY URINA	SCALP 21	SCALP 23	TRANSFOL	TRANS PRESSAO
AGULHAS																																																																																																																																																							
13X4.5	25X7	25X8	30X12																																																																																																																																																				
CARDIOFLEGICA	STIMULER	RAQUI 24	RAQUI 27																																																																																																																																																				
ATADURAS																																																																																																																																																							
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM																																																																																																																																																				
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM																																																																																																																																																					
CANULAS																																																																																																																																																							
RAQUEOST 7.0	TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 8.0	TRAQUEOST 8.5																																																																																																																																																				
QUEOST 9.0																																																																																																																																																							
CATERER																																																																																																																																																							
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBCLAVIA 18																																																																																																																																																				
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18																																																																																																																																																				
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24																																																																																																																																																					
LIMPADORES																																																																																																																																																							
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400																																																																																																																																																				
CURATIVOS																																																																																																																																																							
ADAPTIC	KERLIX	FURION	TELA WATLEY																																																																																																																																																				
EQUIPOS																																																																																																																																																							
BOMBA	BOMBA FCTO	FRANQUE	REDO MACAO																																																																																																																																																				
EXTENSORES																																																																																																																																																							
20CM	40CM	60CM	80CM																																																																																																																																																				
LAMINAS																																																																																																																																																							
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 13	BISTURI 20																																																																																																																																																				
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 4																																																																																																																																																					
LUVAS																																																																																																																																																							
LUVA 7.0	LUVA 7.5	LUVA 8.0	LUVA 8.5																																																																																																																																																				
SERINGAS																																																																																																																																																							
1ML	3ML	5ML	10ML																																																																																																																																																				
20ML	50ML	60ML CATER																																																																																																																																																					
AVENTAL CIRUR B5 COLOSTOMIA																																																																																																																																																							
COMPRESSAS																																																																																																																																																							
CAPA P VIDEO																																																																																																																																																							
COLET ABERTO	COLET FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS																																																																																																																																																				
ELETRODOS	FILTRO LINDIF	GAFES	GELFOAM																																																																																																																																																				
KIT CIRURGICO	LATEX	FORNEX 2 VIAS	PRESERY URINA																																																																																																																																																				
SCALP 21	SCALP 23	TRANSFOL	TRANS PRESSAO																																																																																																																																																				
DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">DRENOS</th> </tr> <tr> <td>KHER 8</td> <td>KHER 10</td> <td>KHER 12</td> <td>KHER 14</td> </tr> <tr> <td>KHER 18</td> <td>SUCCAO 3.2</td> <td>SUCCAO 4.5</td> <td>SUCCAO 6.4</td> </tr> <tr> <td>BLAKER 18FR</td> <td>BLAKER 24FR</td> <td>TORAX 20</td> <td>TORAX 25</td> </tr> <tr> <td>TORAX 28</td> <td>TORAX 30</td> <td>TORAX 32</td> <td>TORAX 36</td> </tr> <tr> <th colspan="4">SONDAS</th> </tr> <tr> <td>ENTERAL 10</td> <td>ENTERAL 12</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASPIRACAO 18</td> <td>ENDOTRAQ 2.0</td> <td>ENDOTRAQ 2.5</td> <td>ENDOTRAQ 3.0</td> </tr> <tr> <td>ENDOTRAQ 3.5</td> <td>ENDOTRAQ 4.0</td> <td>ENDOTRAQ 4.5</td> <td>ENDOTRAQ 5.0</td> </tr> <tr> <td>ENDOTRAQ 5.5</td> <td>ENDOTRAQ 6.0</td> <td>ENDOTRAQ 6.5</td> <td>ENDOTRAQ 7.0</td> </tr> <tr> <td>ENDOTRAQ 7.5</td> <td>ENDOTRAQ 8.0</td> <td>ENDOTRAQ 8.5</td> <td>ENDOTRAQ 9.0</td> </tr> <tr> <td>FOLEY 3VIAS 12</td> <td>FOLEY 3VIAS 18</td> <td>FOLEY 3VIAS 18</td> <td>FOLEY 3VIAS 20</td> </tr> <tr> <td>FOLEY 3VIAS 25</td> <td>FOLEY 3VIAS 30</td> <td>FOLEY 3VIAS 30</td> <td>FOLEY 3VIAS 32</td> </tr> <tr> <td>FOLEY 3VIAS 34</td> <td>FOLEY 3VIAS 36</td> <td>FOLEY 3VIAS 38</td> <td>FOLEY 3VIAS 40</td> </tr> <tr> <td>NASO 12</td> <td>NASO 15</td> <td>NASO 18</td> <td>NASO 16</td> </tr> <tr> <td>NASO 18</td> <td>NASO 20</td> <td>NASO 22</td> <td>URETRAL 4</td> </tr> <tr> <td>URETRAL 6</td> <td>URETRAL 8</td> <td>URETRAL 10</td> <td>URETRAL 12</td> </tr> <tr> <td>URETRAL 14</td> <td>URETRAL 16</td> <td>URETRAL 18</td> <td>URETRAL 20</td> </tr> <tr> <th colspan="4">FIOES CIRURGICOS</th> </tr> <tr> <td>ALGODAO 2</td> <td>ALGODAO 2.5</td> <td>ALGODAO 3.0</td> <td>PIXA CARDIACA</td> </tr> <tr> <td>CRIMADO 2</td> <td>CRIMADO 3</td> <td>CRIMADO 3.5</td> <td>CRIMADO 3-0</td> </tr> <tr> <td>CRIMADO 4-0</td> <td>SIMPLES 3-0</td> <td>SIMPLES 3-0</td> <td>SIMPLES 4-0</td> </tr> <tr> <td>SIMPLES 5-0</td> <td>NYLON 2-0</td> <td>NYLON 3-0</td> <td>NYLON 4-0</td> </tr> <tr> <td>NYLON 5-0</td> <td>NYLON 6-0</td> <td>NYLON 6-0</td> <td>NYLON 8-0</td> </tr> <tr> <td>NYLON 10-0</td> <td>POLYESTER 3</td> <td>POLYESTER 2-0</td> <td>POLYESTER 3-0</td> </tr> <tr> <td>POLYESTER 4-0</td> <td>POLYESTER 5</td> <td>PROLENE 3</td> <td>PROLENE 2</td> </tr> <tr> <td>PROLENE 3-0</td> <td>PROLENE 3-0</td> <td>PROLENE 4-0</td> <td>PROLENE 5-0</td> </tr> <tr> <td>VICRYL 0</td> <td>VICRYL 1</td> <td>VICRYL 2-0</td> <td>VICRYL 3-0</td> </tr> <tr> <td>VICRYL 4-0</td> <td>CELA P 0300</td> <td>VALVET 3-0</td> <td>VALVET 4-0</td> </tr> <tr> <td>SECA 2-0</td> <td>SECA 3-0</td> <td>MONOCRYL 3-0</td> <td>MONOCRYL 4-0</td> </tr> <tr> <td>BIODIGEL 3-0</td> <td>ACR</td> <td>ACR</td> <td>ACR</td> </tr> </table>								DRENOS				KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14	KHER 18	SUCCAO 3.2	SUCCAO 4.5	SUCCAO 6.4	BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 25	TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36	SONDAS				ENTERAL 10	ENTERAL 12			ASPIRACAO 18	ENDOTRAQ 2.0	ENDOTRAQ 2.5	ENDOTRAQ 3.0	ENDOTRAQ 3.5	ENDOTRAQ 4.0	ENDOTRAQ 4.5	ENDOTRAQ 5.0	ENDOTRAQ 5.5	ENDOTRAQ 6.0	ENDOTRAQ 6.5	ENDOTRAQ 7.0	ENDOTRAQ 7.5	ENDOTRAQ 8.0	ENDOTRAQ 8.5	ENDOTRAQ 9.0	FOLEY 3VIAS 12	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20	FOLEY 3VIAS 25	FOLEY 3VIAS 30	FOLEY 3VIAS 30	FOLEY 3VIAS 32	FOLEY 3VIAS 34	FOLEY 3VIAS 36	FOLEY 3VIAS 38	FOLEY 3VIAS 40	NASO 12	NASO 15	NASO 18	NASO 16	NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4	URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12	URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20	FIOES CIRURGICOS				ALGODAO 2	ALGODAO 2.5	ALGODAO 3.0	PIXA CARDIACA	CRIMADO 2	CRIMADO 3	CRIMADO 3.5	CRIMADO 3-0	CRIMADO 4-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0	SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0	NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 10-0	POLYESTER 3	POLYESTER 2-0	POLYESTER 3-0	POLYESTER 4-0	POLYESTER 5	PROLENE 3	PROLENE 2	PROLENE 3-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0	VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0	VICRYL 4-0	CELA P 0300	VALVET 3-0	VALVET 4-0	SECA 2-0	SECA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0	BIODIGEL 3-0	ACR	ACR	ACR																				
DRENOS																																																																																																																																																							
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14																																																																																																																																																				
KHER 18	SUCCAO 3.2	SUCCAO 4.5	SUCCAO 6.4																																																																																																																																																				
BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 25																																																																																																																																																				
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36																																																																																																																																																				
SONDAS																																																																																																																																																							
ENTERAL 10	ENTERAL 12																																																																																																																																																						
ASPIRACAO 18	ENDOTRAQ 2.0	ENDOTRAQ 2.5	ENDOTRAQ 3.0																																																																																																																																																				
ENDOTRAQ 3.5	ENDOTRAQ 4.0	ENDOTRAQ 4.5	ENDOTRAQ 5.0																																																																																																																																																				
ENDOTRAQ 5.5	ENDOTRAQ 6.0	ENDOTRAQ 6.5	ENDOTRAQ 7.0																																																																																																																																																				
ENDOTRAQ 7.5	ENDOTRAQ 8.0	ENDOTRAQ 8.5	ENDOTRAQ 9.0																																																																																																																																																				
FOLEY 3VIAS 12	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20																																																																																																																																																				
FOLEY 3VIAS 25	FOLEY 3VIAS 30	FOLEY 3VIAS 30	FOLEY 3VIAS 32																																																																																																																																																				
FOLEY 3VIAS 34	FOLEY 3VIAS 36	FOLEY 3VIAS 38	FOLEY 3VIAS 40																																																																																																																																																				
NASO 12	NASO 15	NASO 18	NASO 16																																																																																																																																																				
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4																																																																																																																																																				
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12																																																																																																																																																				
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20																																																																																																																																																				
FIOES CIRURGICOS																																																																																																																																																							
ALGODAO 2	ALGODAO 2.5	ALGODAO 3.0	PIXA CARDIACA																																																																																																																																																				
CRIMADO 2	CRIMADO 3	CRIMADO 3.5	CRIMADO 3-0																																																																																																																																																				
CRIMADO 4-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0																																																																																																																																																				
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0																																																																																																																																																				
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0																																																																																																																																																				
NYLON 10-0	POLYESTER 3	POLYESTER 2-0	POLYESTER 3-0																																																																																																																																																				
POLYESTER 4-0	POLYESTER 5	PROLENE 3	PROLENE 2																																																																																																																																																				
PROLENE 3-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0																																																																																																																																																				
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0																																																																																																																																																				
VICRYL 4-0	CELA P 0300	VALVET 3-0	VALVET 4-0																																																																																																																																																				
SECA 2-0	SECA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0																																																																																																																																																				
BIODIGEL 3-0	ACR	ACR	ACR																																																																																																																																																				

COO. 0001





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Suzelma da Silva Brito

data: 28/05/18

Hora: 15h

Registro: 15341

Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Exat. da Glândula de Pâncreas

Tipo de anestesia: R.F.B.

Equipe: Dr. Eduardo Pereira

Anestesiista: Dr. Jucelma

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave*

Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado

Sonda: () SVD () SNG () SNE

Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: ultra

Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____

Drenos: () não () sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 120 x 80 mmHg FR: 18 p/min FC: 95 p/min SaPO2: 95%

Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	
FR	18	18	18	18	18	
FC	95	95	95	95	95	
SaPO2	95%	95%	95%	95%	95%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

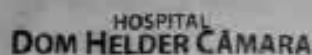
Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 28/05/18 Horário: 15h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Dr. Eduardo Pereira

Digitalizado com CamScanner





I. Identificação

Nome: _____ Data: ____/____/____ Registro: _____
Convênio: _____ Leito: _____ Hora: _____

2. Equipe médica:

Cirurgião: _____ 1º auxiliar: _____
Anestesiista: _____ Instrumentador: _____
Circulante: _____

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
- LUPA	[REDACTED]	[REDACTED]
- COTÃO	[REDACTED]	[REDACTED]
- BSC de m.c.	[REDACTED]	[REDACTED]
- BSC m.c.	[REDACTED]	[REDACTED]
- R.C. m.c.	[REDACTED]	[REDACTED]
- F.R. m.c.	[REDACTED]	[REDACTED]
- BSC m.c.	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]

FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO PERNA
CME

00385729

LOTE 244849
PIASMA
EST. 20/06/2018
VAL. 20/06/2018

HOTEL BROCA COM
FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERREIRA
CME



003355727

NOTE 244849
PLAEN
EST 20/05/2018
VAL 20/05/2018

LAIS PASCHOA, COREN/PE 541.125

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMP Hospitalar
CNPJ: 08.039.744/0008-90

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMP HOSPITALAR
CNPJ: 06.035.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 105580

Atendimento: 436584

Dt. Cad: 22/05/2018

Nome: EDVAN FERREIRA DA SILVA

Dt. Nasc: 22/05/1999

Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA

Bairro: CENTRO

End: RUA DO MATADOURC

Cidade: SIRENHAEM

Enferm: BL-3 B

Leito: 647

CNS

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☐ Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☐ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☐ Checagem do equipamento anestésico
- ☐ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☐ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

☐ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesiologista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

- ☐ Revisão do anestesiologista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☐ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devam ser resolvido
- ☐ O cirurgião, o anestesiologista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Isabela R. Barros
Enfermeira
COREN-SP 145.884



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: Sean T. Davis

Registro: 10343

Clinica:

Enfermaria:

Leito:

[illegible]

T. L. Oliveira
C. A. Oliveira





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Local: **AMBULATORIO DE EGRESSO**

Usuario do Agendamento: SURAMARMS

Paciente: **105580 UERIVAN FERREIRA DA SILVA**

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBULURGEM.EMERG.

Tipo de Agendamento: CONSULTA EGRESSO

Data da Agenda: 29/08/2018

08:00

Chegar até 09:00

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H

**APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINADO
PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF**

Digitalizado com CamScanner





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	1º Via - Farmácia 2º Via - Paciente
NOME COMPLETO: _____	
CRM: _____ UF: _____ N°: _____	
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: UENIVAL F de Siqueira

Endereço: _____

Prescrição: 1 Paco ——— 1.25

com 01 Caps 12/14

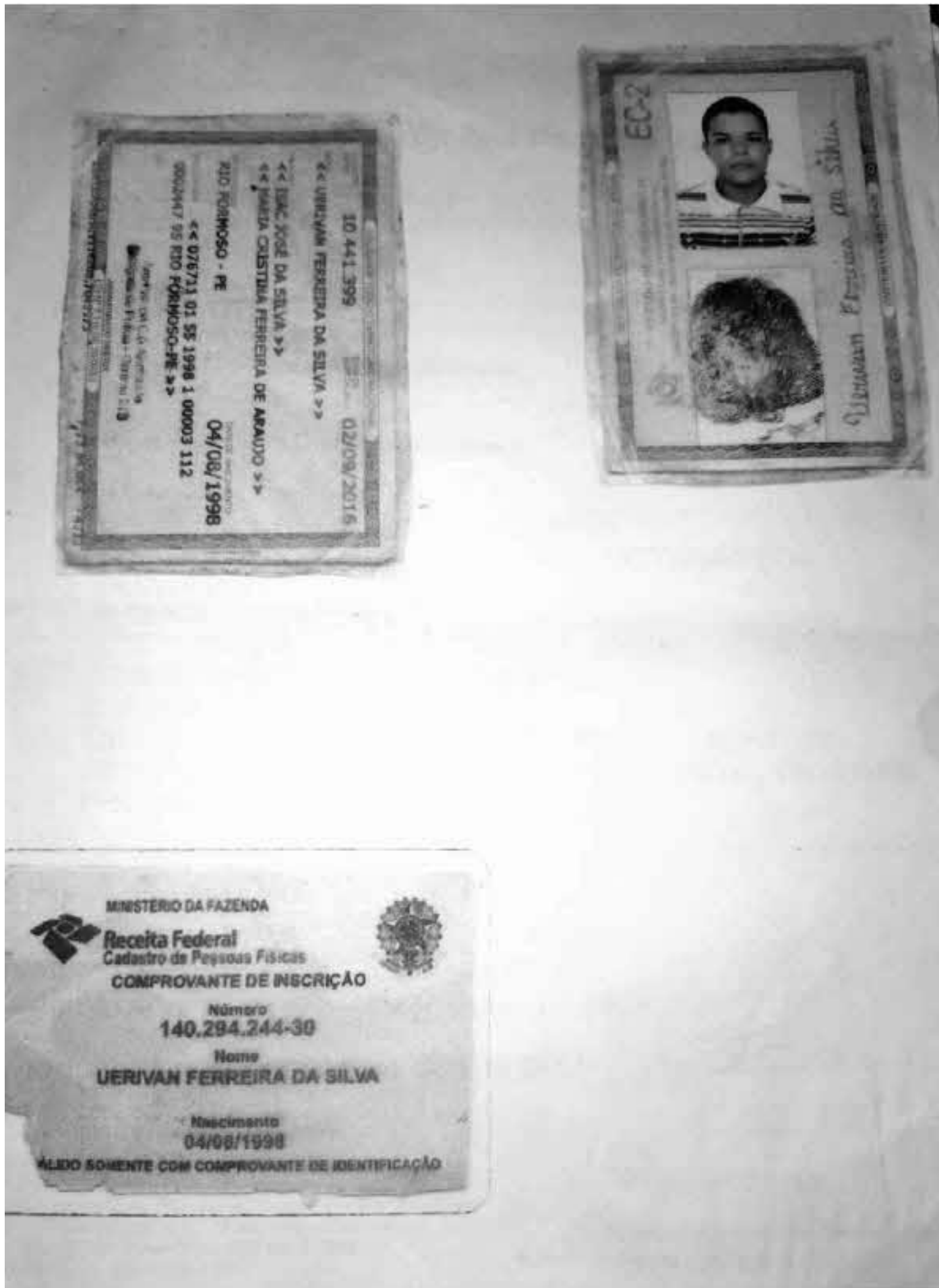
pa 30 dias

29.06.8

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____



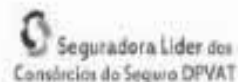




Digitalizado com CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205446/20
Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA
CPF: 140.294.244-30
Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio
Data do acidente: 22/05/2018
Titular do CPF: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

UERIVAN FERREIRA DA SILVA : 140.294.244-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/07/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: VERIVAN FERREIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 10.141.1399 SDS/PE
CPF: 140.194.244-30
Profissão: DESEMPREGADO
Endereço: R. DO MALADOURO, Nº 0001, CENTRO, RIO FORMOSO-PE
CEP: 55570-000
Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CESAR MALHEIRO CAVALCANTE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 662609 SP/PE
CPF: 039.282.004-55
Profissão: ADVOGADO
Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO, 151, JARDIM TERREO, PIEDADE-PE
CEP: 54410-010
Telefone: (81) 99543-4554

Peio presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima VERIVAN FERREIRA DA SILVA

RIO FORMOSO-PE 20/07/2020
Local e data

Verivan Ferreira da Silva

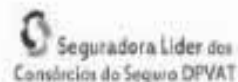
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Digitalizado com CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205446/20
Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA
CPF: 140.294.244-30
Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio
Data do acidente: 22/05/2018
Titular do CPF: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

UERIVAN FERREIRA DA SILVA : 140.294.244-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/07/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200261286 Cidade: Sirinhaém Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA Data do acidente: 22/05/2018 Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4,12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

